Separat-Abdruck aus der Zeitschrift »Der prakt. Arzt 1884. Nro. 7.«
(Verlag von G. Rathgeber in Wetzlar.)

Zur

Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus.

Nach einem bei der Versammlung Mittelrheinischer Aerzte in Mainz gehaltenen Vortrage von Prof. Dr. R. Kaltenbach, Giessen.

Es ist eine in der Geschichte der Chirurgie häufig wiederkehrende Erscheinung, dass die Lösung schwieriger Probleme erst nach wiederholten Anläufen gelingt. Ein originelle Kopf, ein entschlossener Charakter stürmt weit hinaus über die traditionellen Grenzen unserer Erfahrung. Seine kühnen Ideen, sein zielbewusstes Handeln finden Anklang und Unterstützung. Aber das vorgesteckte Ziel wird nicht erreicht, oder nur vorübergehend behauptet. Die Hilfsmittel erweisen sich als zu schwach; Misserfolge lichten die Reihen der Mitkämpfer, die Kräfte versagen. Es erfolgt ein Rückschlag und man fragt sich, war das Ziel zu weit gesteckt? Waren die eingeschlagenen Wege falsch? Man verzweifelt am Erfolge. Die vergebliche Anstrengung wird geschmäht oder vergessen. Erst wiederholte Anstrengungen führen endlich zum Ziele.

Ganz dieses Bild bietet uns die Geschichte der Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus.

Schon im Anfange dieses Jahrhunderts wurde diese Operation von Langenbeck d. Aelt. Sauter, Blundell, Recamier in vielversprechender Weise und zwar sowohl nach der hypogastrischen als nach der vaginalen Methode in Angriff genommen. Die Erfolge waren aber im Ganzen so schlecht, dass die Operation in Misscredit und schliesslich in Vergessenheit verfiel.

Erst vor 7 Jahren hat Freund die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus nach wesentlich geläuterten Gesichtspunkten und mit sehr vervollkommneten technischen Hilfsmitteln wieder aufgenommen. Zwischen den Versuchen Langenbecks und Sauters und der Freund'schen Operation liegt die Einführung der Chloroformnarkose und der Antisepsis, liegt das ganze grossartige Erfahrungsmaterial der modernen Abdominalchirurgie. Mit Enthusiasmus wendete sich die grosse Mehrzahl der Aerzte der neuen Operationsmethode zu. Aber die Erwartungen erfüllten sich zunächst nicht. Die Gefahr der Operation erwies sich als eine zu grosse und in den wenigen Genesungsfällen traten in der Regel so rasche Recidive auf, dass von einer durchschnittlichen Lebensverlängerung oder einem durchschnittlichen Gewinn an Lebensgenuss und Gesundheit gegenüber den nicht operirten Fällen absolut nicht die Rede sein konnte.

Auch die vaginale Exstirpationsmethode, der man sich mit Czerny, Billroth, Schröder zuwandte, hat nicht Alles das geleistet was man erhoffte. Die Lebensgefahr der Operation war zwar eine ungleich geringere, aber auch hier blieben die Recidive nicht aus. Es ist in der letzten Zeit still und stiller geworden über die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. Die berufensten Meister schweigen. Da und dort erheben sich warnende Stimmen gegen den Missbrauch, der mit der Operation getrieben wurde.

In einem solchen Stadium des Zweifels und pessimistischer Unsicherheit erscheint es wohl angemessen unsere bisherigen Erfahrungen kritisch zu sichten und Umschau zu halten was uns vom bleibenden Gewinn übrig geblieben; denn jeder Arzt, nicht nur der gynäkologische Specialist, muss sich ein Urtheil darüber bilden können, was wir operativ gegen die furchtbare Krankheit vermögen.

Und da können wir denn mit Genugthuung constatiren, dass die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus eine dauernde Errungenschaft der operativen Gynaekologie bilden wird für alle Zeiten, wenn auch allerdings in weitaus engeren Grenzen, als die bahnbrechenden Vorkämpfer auf diesem Gebiete annahmen. Wenn der erhoffte Erfolg nicht in dem Umfange eintrat, als man erwartete, so lag das in erster Linie daran, dass die Meisten in ziemlich kritikloser Weise mehr von der Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus erwarteten, als von andern Carcinomoperationen, obwohl doch gerade hier die Verhältnisse ganz besonders ungünstig liegen Die Aussichten auf radicalen Erfolg sind beim Uteruscarcinom an sich ebenso gering, wie bei Carcinomen an andern Körperstellen. Werden doch z. B. die radicalen Heilungen beim Carcinoma mammae auf kaum 5 % geschätzt. Die unmittelbare Operationsgefahr ist aber bei der Totalexstirpation des

Uterus durch die schwere Zugänglichkeit des Operationsfeldes, durch die mühsame Blutstillung und die leicht mögliche septische Infection der Bauchhöhle eine ungleich grössere als bei andern Carcinomoperationen. Sie steht ausser allem Verhältnisse zu einem blos palliativen Erfolge und wir dürfen sie darum von vornherein nur da vornehmen, wo eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für einen radicalen Erfolg vorliegt.

Nach der technischen Seite können wir das Problem der Totalexstirpation des Uterus in der Hauptsache für gelöst erachten; die vaginale Methode hat unstreitig den Sieg davon getragen und leistet, was wir billigerweise erwarten dürfen. Was uns noch fehlt und was wir noch erlernen müssen, das ist die richtige Verwendung der schneidigen Waffe, ihre Beschränkung auf ganz bestimmte Fälle. Die Indicationen für den Eingriff und die nothwendigen anatomischen Vorbedingungen desselben müssen schärfer präcisirt und genauer eingehalten werden und wir müssen suchen den günstigsten Zeitpunkt für die Operation besser als bis jetzt auszunützen.

Welche Formen des Uteruscarcinoms eignen sich nun überhaupt für die Totalexstirpation? Ausgeschlossen sind von vornherein jene nicht gerade häufigen Carcinome der Portio, welche durch partielle Excision des Organs vollkommen entfernt werden können, sowie jene Carcinome der Portio, welche bereits auf die Scheide weitergegriffen haben. Auszuscheiden sind ferner jene Formen, welche sofort als knollige Verdickungen oder diffuse Anschwellungen des ganzen Collums auftreten, weil hier die Neubildung zur Zeit ihrer Entdeckung nicht mehr auf den Uterus beschränkt ist, sondern schon auf das Parametrium weitergegriffen hat. Es bleiben dann noch übrig die Schleimhautcarcinome des Cervix, welche den innern Muttermund überschritten, die Muskelwand des Collums aber nicht durchsetzt haben und endlich die seltenen Carcinome des Uteruskörpers. Für letztere könnte zwar auch die partielle Amputation des Uterus von der Bauchseite in Frage kommen; doch scheint mir diese Operation in der Regel gefährlicher zu sein als die vaginale Totalexstirpation; auch lässt sich vor der Eröffnung der Bauchhöhle wohl nicht immer genügend feststellen, ob nicht doch das ganze Organ entfernt werden muss.

Wie sie sehen, bilden die für die Totalexstirpation geeigneten Fälle von vornherein selten Ausnahmen.

Um nun bei diesen Formen die möglichste Sicherheit dafür zu gewinnen, dass die Umgebung wirklich nicht ergriffen und eine Exstirpation in gesundem Gewebe möglich sei, sollte in jedem Falle eine genaue Untersuchung in Narkose der Operation vorausgehen. Ich halte dieses diagnostische Hilfsmittel für ganz unentbehrlich, ja ich halte seine Nichtanwendung für unverantwortlich. Wie häufig

findet man in der Narkose die Parametrien, die Douglas'schen Falten, das Scheidengewölbe von Strängen oder Knoten durchzogen, die man vorher vollkommen übersah. Ja selbst die Glandulae hypogastricae und lumbales inferiores kann man bisweilen infiltrirt finden, wo die Erkrankung auf einen beweglichen Uterus beschränkt erschien. Bei den narcotisirten Kranken steht endlich auch der combinirten Untersuchung durch Blase und Rectum nichts entgegen, bei welchen man oft ganz unerwarteten Aufschluss darüber gewinnen wird, wie weit auch nach diesen Richtungen hin die Erkrankung bereits vorgeschritten ist.

Wäre man bis jetzt in jedem Falle projectirter Uterusexstirpation so vorgegangen, so würde man weniger von unterbrochenen, nicht durchführbaren Operationen, von Blasen- und Ureterenverletzungen, von Eröffnung des Rectums und dgl. lesen. Man würde nicht erst bei der Operation entdeckt haben, dass der Uterus mit der Symphyse fest verlöthet oder durch Infiltration der Lig. sacro-uterina schwer beweglich fest sitzt; man würde nicht bei der Operation selbst erst so nebenbei die Entdeckung gemacht haben, dass auch ein Ovarium zu einem hühnereigrossen Carcinome degenerirt sei. Kurz man würde eine Menge von Eingriffen vermieden haben, welche ohne den Kranken irgendwie zu nützen, das Ansehen der Operation schädigten und dadurch ihre Anwendung in richtig indicirten Fällen erschwerten. Das Resultat der Totalexstirpation würde vor Allem auch in Bezug auf Recidive weitaus günstiger geworden sein.

Soll das Gebiet der Operation erweitert werden, so wird dies meiner Ueberzeugung nach nicht nach der Seite hin geschehen, dass man mit verbesserten technischen Hülfsmitteln auch die auf die Scheide und auf's Parametrium vorgeschrittenen Carcinome sicher zu umschneiden lernt, nicht dadurch dass man bei voraussichtlicher Verletzung eines Ureters die vorgängige Exstirpation einer Niere in Aussicht nimmt (Bardenheuer), sondern dadurch dass man die Diagnostik so ausbildet, dass auch die ersten Anfangsstadien der Erkrankung möglichst frühzeitig entdeckt werden.

Hat ein vom Uterus ausgehendes Carcinom bereits die Scheide oder das Parametrium ergriffen, so sind unter allen Umständen die Lymphbahnen in der Beckenhöhle schon mit erkrankt, wenn wir dies auch durch den Tastsinn noch nicht nachweisen können. Die Operation lässt dann von vornherein keinen radicalen Erfolg erhoffen und der durch Beseitigung von Jauchung und Blutungen, durch Verminderung von Schmerzen zu erzielende palliative Erfolg hält im günstigsten Falle so kurz an, dass der Nutzen für die Patientin so gut wie illusorisch wird. Die Erkenntniss der ersten Stadien der Erkran-

kung wird nun häufiger als jetzt gelingen, wenn die Ärzte auch bei geringfügigen Initialerscheinungen, wie unregelmässigen Blutverluste, abnormen Secretionen, besonders in vorgerücktem Alter, auf eine lokale Untersuchung dringen und in zweifelhaften Fällen explorative Excisionen kleiner Gewebsstückchen aus Portio und Cervicalmucosa vorschlagen. Sehr viel kann namentlich geleistet werden durch rechtzeitige Erkenntniss der Funduscarcinome, welche häufig aus zunächst gutartigen Adenomen hervorgehend, erfahrungsgemäss sehr lange local bleiben und nicht auf die Umgebung weitergreifen. Gerade bei den Funduscarcinomen wird aber gegenwärtig noch die Diagnose vielfach verfehlt, weil bei intacter Portio versäumt wird die Innenfläche des Uterus gehörig mit der Curette auszuforschen, wozu doch die lang anhaltenden Blutungen direct genug auffordern.

Und nun noch einige Worte zu den jüngsten Verbesserungen der Operationsmethode.

Dass die alte Sauter'sche von Cerny und Bilroth wieder aufgenommene vaginale Exstirpationsmethode, die Freund'sche Operation von den Bauchdecken aus fast vollkommen verdrängt hat, sprachen wir schon aus. Es fällt bei ihr der Nachtheil der weiten Offenlegung der Bauchhöhle, der Abkühlung der Intestina und damit der Hauptgrund schwerer Collapse fort; die Blutstillung ist eine leichtere und exactere; die Gefahr einer Infection der Peritonealhöhle durch Berührung mit der zerfallenden Neubildung ist eine geringere und die Sicherheit vor Nebenverletzungen eine grössere.

Von neueren technischen Verbesserungen der vaginalen Methode möchte ich nur kurz die mediane Längsspaltung des Collums erwähnen (Müller) durch welche wir uns die seitlichen Uterusanhänge mit den Gefässen leichter zugänglich machen können, ferner die gelegentliche Verwendung elastischer Ligaturen zur sicheren Unterbindung der Hauptgefässbündel. Die Detailfragen der Technik treten in ihrer Bedeutung weit zurück gegenüber der Frage über die Behandlung der Peritonealwunde. Soll man dieselbe offen halten, drainiren oder schliessen?

Wenn die meisten Gynaekologen heute wohl noch das Offenhalten der Wunde für nothwendig erachten, so stehen dieselben hierin meiner Meinung nach noch unter dem Eindruck der ersten Entwicklungsgeschichte der Operation. Die Resultate der Freund'schen hypogastrischen Methode haben allerdings eine durchgreifende Verbesserung erst durch die Einführung der Drainage erfahren. Dieselbe war hier nothwendig, weil die Blutstillung keine exacte war und weil die Bauchhöhle bei den zur Herausbeförderung nothwendigen Manipulationen fast nothwendig durch die zerfallende Neubildung verunreinigt werden musste. Auch bei der vaginalen Methode konnte man sich nun zu-

nächst noch nicht von dem Gedanken an die Nothwendigkeit der Drainage freimachen, obwohl die Verhältnisse hier ganz anders liegen. Gelingt es uns durch unsere antiseptischen Cautelen hier nicht direct pathogene Keime vom Peritonalraum fernzuhalten, so wird Sepsis eintreten, ob wir drainiren oder nicht. Denn wir können doch unmöglich annehmen, dass die Keime, welche wir nicht durch Wegwischen mit desinficirenden Flüssigkeiten aus dem Douglas'schen Raume entfernen konnten, sich durch ein eingelegtes Drainrohr die Marschroute nach aussen werden anweisen lassen; viel wahrscheinlicher erscheint es im Gegentheile, dass sie gerade durch die Drainage von aussen, von der Vagina her, neuen Zuzug erhalten werden. Gegen das Zurücklassen flüssiger Massen, welche sich wie Blut unter dem Einfluss ubiquitärer Fäulnisskeime innerhalb des Peritoneums zersetzen können, muss uns aber der Gang der Operation selbst vollkommen Schutz gewähren. Es ist ja nicht schwierig nach exacter Unterbindung der Hauptgefässbündel die Peritonalhöhle durch Auswischen mit desinficirten Stielschwämmen genau zu reinigen.

Es scheint mir daher viel wichtiger zu sein dem nachträglichen Eindringen von Infectionskeimen von der Scheide her durch genauen Verschluss der Peritonalwunde vorzubeugen, als für den freien Abfluss deletärer Flüssigkeiten Sorge zu tragen, gegen deren Anwesenheit und Entstehung wir uns anderweitig schützen müssen und können. Meine eigenen allerdings nur über 3 Fälle von vaginaler Totalexstirpation sich erstreckenden Erfahrungen, sprechen vollkommen zu Gunsten dieser Schlussfolgerungen. Ich habe in all diesen Fällen die Peritonalwunde, unter Eversion der unterbundenen Ligamentstümpfe nach der Scheide herein, durch Nähte vollständig verschlossen und stets ungestörte Heilung eintreten sehen.

Wir können gegenwärtig unser Urtheil über die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus dahin zusammen fassen, dass diese Operation zwar eine bleibende und werthvolle Errungenschaft für die operative Gynäkologie darstellt, dass sie aber nur in jenen seltenen Formen von Schleimhautcarcinomen des Cervix und des Uteruskörpers indicirt ist, bei welchen die ganze Umgebung des Uterus intact erscheint.

Die Gefahr der Operation ist durch die vaginale Methode sehr erheblich vermindert worden; immerhin ist sie aber noch so gross, dass wir nur mit Aussicht auf einen radicalen Erfolg operiren dürfen. Sobald die Umgebung des Uterus bereits mit ergriffen ist, steht der höchstens palliative Nutzen der Totalexstirpation in keinem richtigen Verhältnisse mehr zur Lebensgefahr des Eingriffes und wir vermögen hier durch partielle Abtragung der Neubildung oder Zerstörung derselben mittels Glühhitze, sowie durch passende theils caustisch und desodorisirend, theils hämostatisch wirkende Trockenverbände mindestens dasselbe zu leisten.

An den Vortrag schloss sich die Demonstration eines wegen Corpuscarcinom total exstirpirten Uterus; das Präparat bestätigte in typischer Weise die erläuterten Gesichtspunkte. Nach mehr als 2 Jahre lang fast continuirlich anhaltenden Blutungen liess die Cürette sofort die Diagnose auf Carcinom des Uteruskörpers und damit die Indication für Totalexstirpation feststellen. Da bei der vaginalen Exstirpation jede Verunreinigung des Peritoneums durch zerfallende Geschwulsttheile verhindert werden konnte, wurde die Peritonalwunde durch Nähte geschlossen, beide Ovarien mit entfernt. Unterbindungsstümpfe der Ligamente nach der Scheide herein evertirt. Glatte Heilung. Patientin hat in den $^3/_4$ Jahren seit der Operation an Körpergewicht bedeutend zugenommen und sieht blühend aus. Keine Spur von Recidiv. Die Aussichten auf einen radicalen Erfolg erscheinen hier als sehr günstige, da mehr als die Hälfte der Dicke der Uteruswand vollkommen intact geblieben ist.

Ferd. Schmitzler, Wetzlar.